Deutscher Bundestag **Drucksache 17/8010**

17. Wahlperiode 30. 11. 2011

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Dr. Karl Lauterbach, Petra Ernstberger, Iris Gleicke, Elke Ferner, Ute Kumpf, Thomas Oppermann, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 17/6906, 17/7274, 17/8005 –

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitswesen steht, sind gut bekannt und häufig beschrieben. Der Anteil älterer und hochbetagter Menschen in der Bevölkerung wird erfreulicherweise weiter zunehmen. Damit einher geht aber eine Zunahme an chronisch-degenerativen Erkrankungen und Behinderungen. Gleichzeitig wird die Zahl der Ein-Personen-Haushalte steigen, was neue Aufgaben insbesondere im Bereich der professionellen pflegerischen und hausärztlichen Versorgung bedeutet. Der medizinisch-technische Fortschritt wird die Entwicklung von zum Teil teuren neuen Technologien für Diagnostik und Therapie ermöglichen. Hinzu kommen der Bevölkerungsrückgang in bestimmten ländlichen Regionen und die Alterung auch bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Um diese Herausforderungen meistern zu können, bedarf es einer Reihe von Weiterentwicklungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung. Die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen sind jedoch nicht in der Lage, die Versorgung für die Patientinnen und Patienten umfassend, nachhaltig wirksam und kosteneffizient zu verbessern. Zudem werden die Bedingungen für die hausarztzentrierte Versorgung verschlechtert und somit dem Hausärztemangel weiter Vorschub geleistet.

1. Der Gesetzentwurf orientiert sich vor allem an den Belangen der Leistungserbringer. Die Interessen von Patientinnen und Patienten werden dagegen zu wenig berücksichtigt.

2. Die Maßnahmen des Gesetzentwurfs sind sehr stark auf die ärztliche Versorgung fokussiert. Das Potential der nichtärztlichen Gesundheitsberufe wird dagegen nicht ausreichend genutzt.

3. Der Gesetzentwurf sieht keine ausreichenden Maßnahmen zum kostenneutralen Abbau von regionaler Überversorgung vor. Damit muss auch der Versuch scheitern, bestehende Unterversorgung zu bekämpfen und Versorgungslücken zu schließen.
4. Es sind keine wirksamen Maßnahmen zur Überwindung der Segmentierung des Versicherungsmarktes und der unterschiedlichen Honorierung ärztlicher Leistungen enthalten. Probleme, die Patientinnen und Patienten in der Versorgungsrealität begegnen, wie z. B. zu lange Wartezeiten für Kassenpatienten auf Termine beim Arzt bzw. in den Wartezimmern von Arztpraxen, können so nicht gelöst werden.
5. Der Gesetzentwurf enthält Regelungen, die keinen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation leisten, aber steigende Kosten nach sich ziehen. Diese Mehrkosten sind nicht oder nur in unzureichender Höhe kalkuliert. Sie müssten über Zusatzbeiträge durch die Versicherten finanziert werden.
6. Kostensteigerungen sollen bei den Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich mindernd berücksichtigt werden. Die Bundesregierung bricht damit ihre Zusage, den Sozialausgleich verlässlich aus Steuermitteln zu finanzieren. Die Versicherten werden hingegen finanziell doppelt belastet, weil sie die aus dem Gesetzentwurf resultierenden Mehrkosten über Zusatzbeiträge zu tragen haben und außerdem die Finanzierung eines Teils des Sozialausgleichs übernehmen müssen.
7. Die Krankenkassen sollen ihren Versicherten Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern anbieten dürfen. Damit werden die Qualität der Versorgung und die Möglichkeit der Versorgungssteuerung geschwächt und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in die falsche Richtung gelenkt.
8. Bei der spezialärztlichen Versorgung gilt der Grundsatz „wer kann, der darf“. Dadurch gibt es faktisch keine Beschränkungen des Marktzugangs und der Mengenentwicklung. Das birgt erhebliche Risiken für die Ausgabenentwicklung, die von den Versicherten über Zusatzbeiträge bezahlt werden müssen. Darüber hinaus wird die Unterversorgung in strukturschwachen Regionen weiter verschärft, während in wirtschaftlich starken Regionen die Überversorgung zunimmt.
9. Bei den Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren werden weitreichende Einschränkungen vorgenommen. Damit werden die Wünsche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfüllt, gegen die Interessen von Patientinnen und Patienten und auch gegen die Interessen vieler Ärztinnen und Ärzte.
10. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird durch die geplanten Maßnahmen unnötig politisiert. In der Folge wird die bisher von niemandem ernsthaft bezweifelte Unabhängigkeit der Beschlussfassungen der Selbstverwaltung nachhaltig beschädigt.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

umgehend einen neuen Gesetzentwurf vorzulegen. Dabei sind die folgenden Grundsätze zu beachten:

1. Alle Maßnahmen werden daran gemessen, welchen Nutzen sie für die Patientinnen und Patienten haben. Es darf nicht um Besitzstände von Kassenärztlichen Vereinigungen, niedergelassenen Ärzten oder Krankenhäusern gehen. Wichtigster Prüfstein für alle vorgeschlagenen Maßnahmen ist die Frage, ob sie geeignet sind, die Menschen vor Ort umfassend und mit einer

guten Qualität medizinisch und pflegerisch zu versorgen. Dabei muss sich die medizinische Versorgung besonders orientieren an den spezifischen Versorgungsbedarfen

- in den Lebensphasen und den Übergängen z. B. vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter aber auch vom aktiven Erwerbsleben ins Rentenalter,
- der Geschlechter,
- in den unterschiedlichen Regionen, z. B. in den Metropolen und Ballungsgebieten ebenso wie in den dünn besiedelten strukturschwachen Randregionen,
- von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen,
- von Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- besonders schwer zu erreichenden Gruppen, wie z. B. Migrantinnen und Migranten oder Flüchtlinge, Menschen in sozial prekären Lebenssituationen.

Überkommene Sektorabgrenzungen, ungeeignete Planungsgrundlagen, historisch gewachsene Zuständigkeiten, Honoraranteile oder Aufgabenzuweisungen müssen dem Primat der Patientenversorgung untergeordnet werden, damit notwendige Veränderungen im Sinne aller Patientinnen und Patienten durchgesetzt werden können. Die Fraktion der SPD fordert daher eine sektorübergreifende Bedarfsplanung unter Einbeziehung der Länder. Im Sinne einer besseren Versorgung psychisch kranker Menschen sollen die Bedarfszahlen für die psychotherapeutische Versorgung neu berechnet werden.

2. Es müssen Regelungen getroffen werden, die die Gesundheitsversorgung gemäß den Forderungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stärker arbeitsteilig, interdisziplinär und professionsübergreifend ausrichten. Die vorgesehene Weiterentwicklung der Delegationsmöglichkeiten ist zwar sinnvoll aber nicht ausreichend und bleibt überdies hinter den bereits bestehenden Regelungen im Bundesmantelvertrag zurück. Erforderlich sind weitere Schritte zu einer besseren Kooperation der Berufsgruppen im Gesundheitswesen und zu einer multiprofessionellen Primärversorgung mit einer neuen Aufgabenverteilung.

3. Zwingend erforderlich ist der Abbau von regionaler Überversorgung, damit auch bestehende Versorgungslücken geschlossen werden können. Deshalb müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, in überversorgten Regionen frei werdende Arztsitze aufzukaufen, die dann nicht neu besetzt werden. Freiwillige Regelungen reichen hier nicht aus. Außerdem müssen die Honorarzuschläge in unterversorgten Regionen durch geeignete Maßnahmen in überversorgten Regionen begleitet und finanziell kompensiert werden.

4. Damit gesetzlich Versicherte bei Wartezeiten und Terminvergabe nicht benachteiligt werden, muss eine einheitliche Honorarordnung für gesetzlich und privat Versicherte geschaffen werden. Für die Ärzteschaft soll die einheitliche Honorarordnung insgesamt einnahmeneutral und ohne finanzielle Einbußen eingeführt werden. Daher sollte die ärztliche Vergütung in der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen werden, ohne das Vergütungsniveau insgesamt abzusenken. Voraussetzung dafür ist, dass Honorarsteigerungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine verbesserte Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten begründet sind. Ziel muss eine Honorarordnung mit mehr Transparenz und ohne überflüssige Bürokratie sein. Das erfordert eine grundsätzliche Umstellung der Finanzierungsgrundlagen.

5. Die im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehenen Regelungen, die mit Mehrausgaben verbunden sind, müssen vollständig und seriös berechnet werden, damit alle Beteiligten abschätzen können, mit welchen Belastungen sie ggf. zukünftig zu rechnen haben.

6. Pauschale Zusatzbeiträge, die allein von den Versicherten ohne Beteiligung der Arbeitgeber zu tragen sind, sowie ein bürokratischer Sozialausgleich, von dessen Lasten sich der Bundesminister der Finanzen befreit, sind zum Scheitern verurteilt. Die Zusatzbeiträge müssen abgeschafft werden. Stattdessen muss zurückgekehrt werden zu paritätisch finanzierten Beiträgen. Um eine dauerhaft tragfähige und gerechte Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung zu sichern, muss ein Konzept zur Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung vorgelegt werden.

7. Die Krankenkassen sollen ihren Versicherten keine Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern anbieten dürfen. Auch Leistungen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit oder deren Nutzen nicht erwiesen sind, sollen ausgenommen sein.

8. Für die spezialärztliche Versorgung muss es Instrumente zur Mengensteuerung und zur Bedarfsplanung geben. Andernfalls droht neben erheblichen Mehrausgaben auch eine weitere Abnahme der Attraktivität der Allgemeinmedizin im Vergleich zu den übrigen fachärztlichen Professionen, was eine Schwächung der hausärztlichen Versorgung zur Folge hätte.

9. Einschränkungen bei der Gründung oder dem Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren darf es nicht geben. Stattdessen sollen auch Hausärzte die Möglichkeit haben, Medizinische Versorgungszentren zu gründen, ohne den bisherigen Zwang zur fachübergreifenden Ausrichtung. Alle an der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmenden Leistungserbringer sollen die uneingeschränkte Möglichkeit haben, Träger eines medizinischen Versorgungszentrums zu sein.

10. Bei den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung sollen die von der Bundesregierung eingeführten Hürden zurückgenommen werden. Es muss zurückgekehrt werden zum Rechtszustand vor dem 22. September 2010.

11. Die geplanten Änderungen für den Gemeinsamen Bundesausschuss müssen gestrichen werden.

Berlin, den 29. November 2011

Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333